

**Departamento de Salud Publica  
Programa de Control de la Tuberculosis**

**INFORME DE LA INVESTIGACION DE LA TUBERCULOSIS**

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**A quién corresponda:**

**El individuo nombrado arriba ha sido evaluado por:** \_\_\_\_\_  
(nombre del la Agencia o Departamento de Salud)

\_\_\_\_\_ La prueba de tuberculinina en la piel fue dada el día \_\_\_\_\_ (lease dentro de 48-72 horas despues de la administración) y fue leída en \_\_\_\_\_ resultados \_\_\_\_\_ mm

\_\_\_\_\_ Una prueba de tuberculina en la piel (TST) no es indicada en este momento debido a la ausencia sugestiva de síntomas de la tuberculosis activa, factores de riesgo del desarrollo de la tuberculosis activa o saberse expuesto a un reciente contacto.

\_\_\_\_\_ El individuo tiene un historial de una prueba de la tuberculina positiva en la piel (infeccion TB latente) La contnuació de una radiografía de pecho no es indicada en este momento debido a la ausencia sugestiva de síntomas de tuberculosis activa.

\_\_\_\_\_ El individuo ha terminado o está recibiendo medicamento adecuado por la pueba positiva en la piel (infección TB latente) y una radiografía de pecho no es indicada en este momento.  
El individuo no presenta ningun síntoma sugestivo de la enfermedad de tuberculosis activa.

\_\_\_\_\_ El individuo tuvo una radiografía de pecho en \_\_\_\_\_ que no mostro ninguna evidencia de la enfermedad de la tuberculosis activa. Como resultado de esta radiografía y la ausencia de síntomas sugestivos de la enfermedad activa de la TB, la repetición de la radiografía no es indicada en este momento.

**Deacuerdo con la información disponible, el individuo es considerado libre de tuberculosis en una forma comunicable.**

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
(MD, ARNP, PA, RN,)

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Copia para el paciente  
Copia para el registro